

**Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Escola de Serviço Social**



**Atenção Psicossocial e Cidadania: Estudo sobre a
qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais
através da experiência do CAPS Ernesto Nazareth.**

Autora: Amanda Rodrigues Marques

**Rio de Janeiro
2015**

Amanda Rodrigues Marques

Atenção psicossocial e cidadania: estudo sobre a qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais através da experiência do CAPS Ernesto Nazareth.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção de crédito do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientador: Erimaldo Matias Nicácio

Rio de Janeiro

2015

Agradecimentos

A Deus por me dar forças me mantendo firme no propósito e por continuar nele depois de todas as tribulações em que passei, pois ele é o maior responsável por todas as minhas vitórias, sem ele eu nada seria. Por todas as oportunidades concedidas e sua presença infinita em minha vida.

Aos meus pais Gilda e Paulo e ao meu irmão Rafael por todo apoio e incentivo, tanto sentimental quanto material, pelo seu amor incondicional e por todo tempo dedicado a minha formação enquanto pessoa e acadêmica, por todo esforço que fizeram por mim, sem medir consequências.

Ao meu sobrinho Bernardo por me proporcionar momentos inenarráveis de alegria, descontração e amor durante toda a minha formação. Meu pequeno príncipe!

A minha vó Emília que me permitiu uma aprendizagem significativa sobre a vida, que em todos os momentos estava presente financeiramente e apoiando com todos os recursos possíveis que tinha. A ela eu agradeço por ter me permitido no momento da elaboração da monografia parar por alguns meses de escrevê-la para me dedicar somente a ela em seu cuidado terminal até seu falecimento. Obrigada por me fazer dar valor a minha vida e por amar incondicionalmente outro ser humano. Não nenhuma palavra no mundo que expressa a minha gratidão e meu amor por ela.

Ao meu namorado Daniel por toda a paciência e por sempre estar ao meu lado, me apoiando e compreendendo em todos os momentos em que precisava me ausentar para a elaboração da monografia e quando podia dedicar-me a ele. A todo amor dedicado a mim. Um amor sem medidas que é verdadeiramente correspondido por mim.

A todos os tios e primos pelo incentivo ao estudo.

A todos os colegas que de certa maneira entenderam a minha ausência para os estudos.

Aos amigos de faculdade por todos os momentos inesquecíveis.

A minha amiga Daiene que se mostrou uma verdadeira incentivadora pessoal, uma amiga que a faculdade deu e que será por todo o percurso da vida. Uma pessoa que sempre tem uma palavra reconfortante e sempre me ajuda no que for preciso. Obrigada amiga por tudo que fez e faz por mim.

Ao meu orientador Erimaldo Matias Nicácio, pelo apoio e atenção no decorrer da monografia.

Enfim, a todas as pessoas que torceram , acreditaram e sempre estiveram presentes nesta etapa tão importante da minha vida, meu sincero: muito obrigada!

MARQUES,R.A.Atenção Psicossocial e Cidadania: Estudo sobre a qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais através da experiência do CAPS Ernesto Nazareth 2015. Trabalho apresentado como requisito para obtenção de grau de assistente social. Escola de Serviço Social. Universidade Federal do Rio Janeiro, 2015.

RESUMO

Este estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Ernesto Nazareth localizado no bairro da Ilha do Governador situado no Rio de Janeiro-RJ e teve como objetivo investigar como os profissionais deste serviço percebem o impacto das ações de atenção psicossocial na qualidade de vida dos usuários e as dificuldades encontradas pela equipe na realização de seu trabalho. Para tal estudo foi realizada uma pesquisa qualitativa, através de entrevistas semiestruturadas baseadas num roteiro prévio com os profissionais Staffs da equipe do CAPS. Para que pudesse obter informações a cerca do cotidiano do dispositivo e também sobre a percepção dos profissionais tanto na Saúde Mental quanto na vida do usuário atendido. Mostrando ao decorrer do estudo a importância da saúde mental nos dispositivos inovadores, para uma melhor qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais. E a partir dos resultados obtidos se fazer uma análise crítica com base no que se foi visto ao decorrer do estudo. Foram vistos avanços e retrocessos na esfera da saúde como um todo, não só da saúde mental, insatisfação dos profissionais entrevistados em questões da própria instituição e fora dela, dificuldades no trabalho da equipe e discussões em relação a conquista possível da autonomia. Todos os resultados obtidos foram analisados, para cada ponto destacado houve uma discussão com o propósito de dar maior visibilidade a questões recorrentes que sob a visão, respaldada de estudos a cerca do assunto, parecem por muitas vezes não avançar. Foi observado que ainda há preconceito por parte da população em relação ao paciente com transtornos mentais, além da segregação por parte da sociedade do mesmo pelo desconhecimento a cerca da saúde mental. Verificou-se também a questão da autonomia, que através de exemplos relatados na entrevista, foi alcançada de acordo com a especificidade de cada usuário.

Palavra Chave: atenção psicossocial, cidadania, transtorno mental.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	06
CAPÍTULO 1- BREVE HISTÓRIA DA LOUCURA.....	08
1.1 Movimentos da Reforma Psiquiátrica no mundo e no Brasil.....	11
1.2 Reforma Psiquiátrica.....	13
1.3 A Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	16
CAPÍTULO 2- COMO SURGE O CAPS.....	23
2.1 Centro de Atenção Psicossocial – CAPs.....	24
2.2 Redes de Atenção Psicossocial- RAPS.....	32
CAPÍTULO 3- ANÁLISE DAS ENTREVITAS.....	37
3.1 Atenção psicossocial e processo de trabalho no CAPS.....	38
3.1.1 Pontos destacados: atividades e oficinas.....	38
3.2 pontos destacados: efeitos na vida do usuário, ligados à autonomia e reinserção familiar.....	40
3.3 dificuldades do trabalho no CAPS.....	43
3.4 Ponto destacado: promoção da cidadania e qualidade de vida.....	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51

INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema desta pesquisa surgiu a partir da disciplina de Núcleo Temático em Saúde Mental, no segundo semestre de 2011 e pela experiência da vivência em atividades e reuniões de um serviço de saúde mental do Rio de Janeiro.

Foram estas experiências que me permitiram visualizar a importância do CAPS como um aparelho substitutivo e inovador em relação à história da Saúde Mental e a trajetória de toda a Reforma Psiquiátrica. Com isso, a pesquisa volta-se para este dispositivo a fim de descobrir a importância do mesmo na vida do usuário, o paciente com transtorno mental.

Os CAPS surgiram como um serviço estratégico da Reforma Psiquiátrica. Ocorreu o seu surgimento a partir de um grande e intenso movimento social. Movimento este feito primeiramente pelos trabalhadores de saúde mental que buscavam denunciar a precária situação dos hospitais psiquiátricos, e foi um movimento político que visava transformar o modelo assistencial para então inovar o atendimento aos usuários portadores de transtornos mentais. Esta transformação era de fundamental importância, pois os hospitais psiquiátricos eram o único serviço que se destinava a esse tipo de usuário.

É então nesta conjuntura de lutas, que surgem os serviços de saúde mental no país, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que vão se estabilizando como serviços aptos na diminuição das internações nos hospitais psiquiátricos e assim propondo mudanças no modelo assistencial.

Os CAPS foram regulamentados através da portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e atualmente a regulamentação foi atualizada com a portaria da RAPS nº 3088 de 23 de dezembro de 2011 e assim integra a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). O CAPS, os novos serviços e programas de saúde mental visam substituir o modelo hospitalocêntrico e tem como um de seus objetivos evitar as internações em hospitais psiquiátricos, além de fortalecer o laço do usuário com sua família e a sociedade, com vistas a sua autonomia e qualidade de vida, assim beneficia o exercício da cidadania dos usuários portadores de transtorno mental.

Diante disso foi formulado o seguinte objetivo geral:

Investigar como a promoção da cidadania e da qualidade de vida se realiza na prática da Atenção Psicossocial nos novos serviços de saúde mental.

Sendo os objetivos específicos:

- Investigar como os profissionais do CAPS Ernesto Nazareth percebem o impacto do trabalho de atenção psicossocial na vida dos pacientes atendidos no serviço.
- Investigar as dificuldades encontradas pela equipe do CAPS Ernesto Nazareth na realização do seu trabalho.

Esta pesquisa faz uma discussão sobre a origem da Reforma Psiquiátrica e da política de Saúde Mental num contexto mais geral e de uma análise mais aprofundada acerca da dinâmica vivenciada no CAPS Ernesto Nazareth, localizado na Ilha do Governador na cidade do Rio de Janeiro, sob a visão dos profissionais do CAPS.

Esta discussão citada, com relação ao interesse, justifica a pesquisa. Desse modo será possível desenvolver a mesma, através das entrevistas com os profissionais do CAPS, para conhecer e fundamentar a importância deste serviço na esfera da análise.

O interesse em realizar a pesquisa no CAPS Ernesto Nazareth, se dá pelo motivo de ser o único CAPS da Ilha do Governador, por isso atende a uma área de 15 bairros e cerca de uma população de 213 mil habitantes, sendo um CAPS II, atende toda a demanda da população do local. Este CAPS faz parte da Área Programática A.P.3.1 e está localizado no Bairro da Freguesia. (VALLE, 2007).

O CAPS Ernesto Nazareth também faz parte da mesma área que abrange a Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ e antes de ser um CAPS, este foi um Posto de Saúde, surgido em consequência ao grande surto de febre amarela no Estado do Rio de Janeiro, que se alastrou para a região da Ilha do Governador, onde se encontra o atual CAPS Ernesto Nazareth (VALLE, 2007).

O interesse pela pesquisa neste CAPS tem relação, com toda essa particularidade que ele possui, por sua história e desenvolvimento, pelo o que era antes de ser CAPS, dentre outros motivos, o interesse também está no surgimento, atendimento e cobertura da grande população da Ilha do Governador.

1. Breve história da loucura

Ao longo da história, a loucura tem sido abordada de variadas formas. Ou seja, isso se configura como diversas representações. Estas abordagens do conceito loucura modificam-se de acordo com o momento e o tempo, tanto cultural quanto político e social da humanidade.

A exemplo dos momentos diversificados da loucura, na Idade Antiga, de acordo com Pessotti (1996), no fim do século II *d.C.*, a loucura era vista conforme três aspectos: obra da intervenção dos deuses, aqui os loucos eram percebidos como vítimas dos deuses, que os colocavam em desequilíbrio e insensatez ; produto dos conflitos passionais do homem, e por final, a loucura afigurava-se como efeito de disfunções somáticas.

Em dois momentos diversos, inicialmente, na Grécia e na Roma Antigas, há a sustentação da influência sobrenatural como causa da loucura, estes são agrupados sob o modelo mítico-religioso. Esse discurso também aparece na Idade Média, intitulado como demonismo. Na Idade Antiga os comportamentos bizarros eram vistos por desígnios dos deuses, já na Idade Média era vista por desígnios do demônio. Aqui a loucura era vista como possessões diabólicas, bruxarias. O demonismo é discutido na formação doutrinária do cristianismo. O culto aos deuses pagãos era visto pelo cristianismo como obra do demônio. Assim, os hereges são instrumentos do demônio. A demonização dos hereges justifica a intolerância religiosa.

Na Idade Média, a loucura era apresentada de forma punitiva, um castigo divino, assim como também doenças como a lepra e outras enfermidades. Outro marco importante a ser destacado é o momento do Renascimento, onde a loucura toma forma na literatura. De acordo com Foucault, na Idade Média e Renascimento “a loucura estivera ligada ao Mal, mas sob a forma de transcendências imaginárias” (FOUCAULT, 1997[1961], p. 137).

Para Pacheco (2005) no Renascimento, havia uma “voz” da loucura com certa positividade que foi eliminada no período clássico e alterada para patologia na era moderna. No período clássico Foucault considera que uma nova percepção da loucura estava se configurando, enquanto risco para a sociedade, numa forma de

“desorganização da família, desordem social, perigo para o Estado”. (FOUCAULT, 1997[1961], p. 80).

Até o período Clássico não se tinha a visão da loucura como doença mental. Só é a partir do transcurso deste período para a Era Moderna que se começa a pensar a importância da classificação da loucura como doença mental, uma patologia. Então é quando surge uma psiquiatria positiva para análise e identificação do fenômeno loucura, com reconhecimento tanto objetivo como médico e psicológico.

No século XVII ocorreu a Revolução Científica calcada nos ideais positivistas. O propósito desta revolução era a verdade, e para isso deveria deixar o preconceito e seu viés. Esta Revolução acarretou a ruptura com os entendimentos filosóficos e científicos desta época.

É neste século que surgem as casas de internação para a classe excluída da sociedade, os alienados, epiléticos, homossexuais e etc. E é assim que se dá início o modelo psiquiátrico. Essa segregação tinha como finalidade colocar “ordem” no espaço social.

No século XVIII, a loucura se apresenta como forma de doença, em decorrência a Revolução Francesa. É neste contexto que se cria a primeira medida legislativa, ao qual reconhece os direitos à assistência dos doentes mentais. Esse reconhecimento aparece na forma de asilos. Configura-se como uma primeira associação de médicos e demais funcionários engajados num saber diferenciado para a época apresentada.

Ilustrando este acontecimento tem-se como figura principal o médico clínico Philippe Pinel, foi ele quem inaugurou o espaço asilar e a forma de tratamento do doente mental. Neste espaço se tratava a loucura, onde o louco deveria ficar em isolamento sendo excluído do convívio em sociedade, esse isolamento era para observação do ciclo dos sintomas apresentados por ele, para que então pudesse relatá-los. E uma vez relatados, podia-se então classificá-los.

Além do tratamento moral, pois o doente era isolado, o asilo também tinha como função colocar regras aos loucos e desviantes da ordem e da razão, ou seja, discipliná-los. Amarante (1995), afirma que Philippe Pinel acreditava que a alienação mental era um distúrbio das paixões, logo “torna-se possível tratar a alienação mental reeducando a mente alienada” (p. 49).

Além destas ações de correção e disciplinas, entre outros, mais tarde no asilo surgiram outras atuações, como atos punitivos, castigos, isto em decorrência dos sintomas que o louco apresentava como a agressividade, o perigo de seus atos, enfim a inúmeros estigmas conferidos ao louco.

Neste asilo um maior número de pacientes permanecia por toda vida. E além de permanecerem na instituição, ainda eram expostos a maus tratos, e muitos eram acorrentados.

E é então neste contexto e no momento da Revolução Francesa que Philippe Pinel recebe a trabalho de criar métodos inspirados no baluarte asilar. Neste método se instituiu uma analogia entre medicina e hospitalização, agora com o propósito de assistência e tutela ao paciente.

Esse novo estatuto fez com que Philippe Pinel realizasse uma reforma, já que como é possível, nessa nova ordem de liberdade, igualdade e fraternidade a existência de um instrumento ainda absolutista? Pinel, então, criou as colônias de alienados, e as algemas dos pacientes passaram as mãos do saber médico (Pinel s/d, citado por Amarante, 1995).

Até então os loucos eram trancados em suas celas, por muitas vezes acorrentados na instituição asilo. E então em 1801 é publicado o Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental por Pinel e é através desta que a psiquiatria enfim, é reconhecida como especialidade médica. Philippe Pinel então foi reconhecido como libertador, pois tirava os loucos das celas onde sofriam essas violências e agora os deixavam livres no pátio dos asilos. Foi Pinel quem inventou a camisa de força para os mais violentos pacientes com o intuito de contê-los.

A partir da segunda metade do século XIX, a psiquiatria passou a assumir um ideal positivista, onde se observava o fenômeno e descrevia os mesmos, ou seja, os distúrbios nervosos nada mais eram do que o padrão da medicina biológica. Onde o que sobressaia era a objetividade do homem e não sua subjetividade.

Foi então que o manicômio assumiu três funções. Função médica-terapêutica, função social e função de proteção. Onde a médica-terapêutica desde muito tempo havia sendo interrogada, a social porque desde a sua raiz virou abrigo para os loucos e pobres que necessitavam de uma atmosfera protegida e a função de proteção da sociedade diante de um grupo específico ligado a psiquiatria e psicopatologia, pois esta forma de vida não era aceita pela maioria, por isso então a

função de proteção do restante da sociedade que não se enquadrava no grupo específico.

1.1- Movimentos da Reforma Psiquiátrica no mundo e no Brasil

Desde a iniciativa reformadora que Pinel assumira com o sentido de humanização dos hospitais gerais, onde os loucos se encontravam com os outros considerados grupos de marginalizados na sociedade, foram acontecendo outras iniciativas ao longo do século XIX.

No Brasil, a psiquiatria toma forma assim como foi o processo do asilamento. Amarante (1995) afirma que a ordem psiquiátrica é apresentada como um paradigma de organização modelar às instituições de uma sociedade que se organiza.

No Brasil, a primeira Instituição Hospício surgiu em meio à vinda da Família Real. Essa vinda exacerbou os problemas de saúde geral e mental na população. Neste período aumentou-se o número de população alienada nas prisões, ao mesmo passo que cresceu a recolhida de pacientes nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia. Isso se deu ao fato de que foi muito rápido o crescimento e transformação do Rio de Janeiro em se tornar capital do Reino, então esses acontecimentos desordenados contribuíram para este cenário.

Já em 1830, houve uma manifestação pública por parte da Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, contra a forma desumana de como era o tratamento prestado aos alienados. E assim surgiu a precisão de organizar e construir uma nova Instituição, um asilo especial para os alienados.

Ainda nesta época concomitante a coroação do Imperador, era promulgado o Decreto Imperial nº 82, onde a partir de então se criara o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil e da América Latina, o Dom Pedro II. Entretanto somente um ano mais tarde foi visto o lugar que seria criado a nova Instituição, mais precisamente em 5 de setembro de 1842. Mas a sua inauguração foi feita no dia 5 de dezembro de 1852 (Ramos & Geremias, 2007).

O poder sobre o Hospício Dom Pedro II se concentrava nas mãos da Igreja, da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e das esferas mais

conservadoras do clero. Isso ocorreu no período desde sua criação até a Proclamação da República, o que não satisfazia os médicos, estes criticavam rigorosamente o hospício por essa concentração de poder (Amarante, 1994).

Ilustrando essa reivindicação dos médicos, os primeiros anos de funcionamento do Hospício apresentaram dois grandes problemas. Primeiramente a superlotação, maior quantidade de população para o limite permitido e em segundo lugar, o problema se concentrava nas freiras vicentinas quanto à administração do Hospício, pois estas não se atentavam para as recomendações e reflexões médicas.

Além desses acontecimentos, segundo denúncias, as freiras tratavam os internos de forma desumana e utilizavam-se dos enfermeiros para aplicar medidas violentas. Com isso, os conflitos que se apresentavam geraram fortes críticas ao comando do Hospício. Ocorreram várias reivindicações e denúncias.

E em 1890, com a chegada dos Republicanos, o Hospício Pedro II foi desvinculado da Santa Casa e passou a ser administrado pela Instituição pública, passando a se chamar Hospital Nacional de Alienados. Neste mesmo período a assistência médico-legal aos alienados foi criada como uma primeira Instituição pública de saúde organizada pela República.

Devido a estes fatos no início do século XX, a assistência psiquiátrica no Brasil, se constituía como modelo asilar. No início dos anos 1900, ocorria o “Asilamento Científico”, sob influência do modelo alemão. Criaram-se, no âmbito da assistência, as duas primeiras colônias de alienados do Brasil e da América Latina, Colônia de São Bento e Conde de Mesquita. Simultaneamente, foram criadas as colônias de Juquerí, em São Paulo, e da Vargem Alegre, no estado do Rio de Janeiro. Essas medidas caracterizam a primeira reforma psiquiátrica no Brasil, que teve como escopo a implantação de hospitais psiquiátricos e do modelo de colônias agrícolas na assistência aos doentes mentais (Amarante, 1994).

Em 1923 se formava a Liga Brasileira de Higiene Mental. Esta Liga tinha como objetivo o aprimoramento dos profissionais da psiquiatria, para que assim obtivesse uma melhor assistência aos doentes mentais. Porém não foi efetivo, já que os psiquiatras passaram a executar projetos que iam além das orientações do projeto principal.

Durante o século XX, imperou o organicismo deixado por Juliano Moreira, ao qual dirigiu o Hospício Nacional de Alienados por 28 anos até ser

destituído pelo governo provisório de Getúlio Vargas. Entre os anos de 1920 – 1940 houve tentativas de humanização aos doentes mentais.

1.2- Reforma Psiquiátrica

Durante a Segunda Guerra Mundial houve um extremo estado de miserabilidade social. Com isso ocorreu mudanças após o término da Segunda Guerra, um novo redimensionamento da psiquiatria institucional, assim como uma nova linguagem, o contexto foi propício para o projeto da Reforma Psiquiátrica Contemporânea.

De acordo com Amarante (1995), o questionamento sobre os asilos e seu *modus operante* ocorrera de maneira importante na Europa e na América do Norte. Enquanto isso existia dois tipos de tentativas aos quais contribuíram em parte com o pensamento do modelo atual da psiquiatria: a primeira tentativa consistia no processo de crítica a estrutura asilar, que tinha como questão central a crença de que o manicômio é uma “instituição de cura”, falam-se do movimento de Comunidades Terapêuticas e Psicoterapia Institucional, modelos centrados nos hospitais.

O Movimento de Comunidades Terapêuticas, trabalho iniciado por Bion & Reichman, o qual foi consagrado por Maxwell Jones, em 1959, tinha como objetivo uma transformação da dinâmica institucional asilar. Este modelo representava outro tipo de relação entre o hospital e a comunidade através de reuniões entre a equipe, pacientes, familiares e comunidade, visando mudanças nas relações institucionais, com medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas. Baseou-se em terapias de grupo nesse novo processo de composição institucional. Era necessária a reforma da organização, com a criação de uma cultura terapêutica com crítica aos especialismos e com a ênfase na reabilitação ativa. Criavam atividades que envolvessem o paciente e a família na dinâmica da instituição. (AMARANTE, 1995).

A comunidade terapêutica foi uma experiência muito importante para as mudanças ocorridas no interior do hospital, porém ela não conseguiu atingir o problema da exclusão, que fundamenta a própria existência do hospital psiquiátrico e, portanto, não poderia ir além dele (Rotelli, 1994 citado por Amarante, 1995).

A Psicoterapia Institucional surge na França e propunha uma psicoterapia da própria Instituição. Pois aqui se tem a ideia de que a instituição tem características doentes e por isso deve ser tratada. Este modelo tinha por objetivo um conceito importante contra o padrão tradicional da hierarquia e da verticalidade das relações intra-institucionais, ou seja, defendiam não mais uma forma de hierarquia dentro da instituição, agora todos (família, profissional, paciente) tinham o direito de voz, da escuta, no plano terapêutico / na dinâmica institucional.

A psicoterapia institucional foi uma tentativa mais rigorosa de salvar o manicômio, isto é, procurou organizar o hospital psiquiátrico como um espaço de relações significantes, buscando utilizar, com um sentido terapêutico, os sistemas de intercâmbio existentes no interior da instituição, isto é, os sistemas de verbalização daquilo que se acontece (Desviat, 1999).

Já na segunda tentativa, trata-se da extensão da psiquiatria, com o objetivo de prevenir a doença e promover a saúde mental. Fala-se da Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva, centradas na comunidade, que propunham redes laboratoriais e faziam críticas ao hospital.

O Movimento da psiquiatria de Setor tinha por objetivo a organização da atenção à saúde em bases territoriais, assim dando continuidade ao tratamento do paciente fora do hospital, por exemplo, em ambulatórios. A intenção era que a passagem pelo hospital fosse a mais rápida possível, para que o paciente pudesse ser tratado no convívio com a sociedade e não segregado restritamente ao hospital psiquiátrico. Aqui o tratamento fora do âmbito hospitalar passa a ser o foco. (AMARANTE, 1995).

A Psiquiatria Preventiva nasce nos Estados Unidos e se propunha como a terceira revolução psiquiátrica. Gerald Caplan, em 1963, lançou um livro chamado Psiquiatria Preventiva e foi a partir daí que se começou a pensar a ideia de que era possível prevenir transtornos mentais. Esta concepção surtiu efeitos positivos, mas também foi muito criticada. Definiu-se como conceito importante, a noção de crise, distinguindo-se dois tipos: a primeira delas diz respeito à crise acidental e a segunda à evolutiva. Sendo ambas as situações onde os indivíduos vivem um momento de desadaptação, em outras palavras, o considerado desvio em relação à norma padrão imposta pela sociedade. As evolutivas dizem respeito a certas fases da vida em que o indivíduo passa e que podem comportar certos tipos de crise. Já as acidentais, são aquelas em que o indivíduo vivencia uma situação traumática de

ameaça ou perda que desencadeiam a crise (assalto, morte, etc.). A partir daí, a psiquiatria preventiva intervém nas situações de crise, manejando-as para que não desencadeiem transtornos mentais, faz isso através de rastreamento na população, uma forma de identificar na população, aqueles “suspeitos” que possam desencadear crises. (AMARANTE, 1995).

A psiquiatria preventiva representou o alcance de um novo território para a psiquiatria, no qual a terapêutica das doenças mentais deu lugar ao novo objeto, agora se tratava da saúde mental. Esta significava, conforme Amarante (1995), um novo projeto de medicalização da ordem social, de expansão dos preceitos médico psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais.

A psiquiatria preventiva teve em Gerald Caplan sua máxima expressão, nas comunidades são identificadas as causas de doenças de alguns e as razões da saúde de outros, podendo-se, assim, manipular algumas circunstâncias da população, a fim de diminuir o surgimento de novos casos (Caplan, 1980).

Nos anos de 1960, em Gorizia na Itália, o modelo asilar sofreu sua grande ruptura em relação à constituição da psiquiatria com seu conhecimento sobre a loucura. Essa ruptura teve em seu amparo teórico, a antipsiquiatria inglesa.

Enquanto os movimentos anteriores limitam-se a meras reformas no modelo psiquiátrico, a Anti-Psiquiatria e a Psiquiatria na Tradição Basagliana (Psiquiatria Democrática Italiana) operam uma crítica e ruptura contra o modelo vigente.

A Anti-Psiquiatria surge na Inglaterra na década de 1960, com um grupo de psiquiatras, onde se destacam Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson. É um movimento que recebe forte influência da psicanálise, do marxismo, da fenomenologia, de Foucault, etc. Questiona radicalmente o saber psiquiátrico, além de fazer uma crítica e ao mesmo tempo uma correlação entre alienação social e mental. Referente a isso diz que a alienação é massificante, o que impede o sujeito de se auto afirmar, desenvolvendo assim uma loucura. Considera então, que a alienação mental é efeito da alienação social. E por isso afirma ser a procura voluntária do louco ao tratamento, uma imposição do mercado por ele estar “excluído” da sociedade. Segundo Mayer, se entende a antipsiquiatria como,

Um denunciador dos valores e da prática psiquiátrica vigente (...) veiculando um ideário ricamente polêmico. (...) A loucura é apresentada como uma reação a violência externa, como atividade libertária cuja medicalização envolve uma manobra institucional. Esta visa justamente a ocultar a face

denunciadora que o comportamento alterado contém e veícula. (MAYER, 1975, p. 115 apud AMARANTE, 1995, p. 42).

Além de ser um denunciador dos valores e da prática vigente, também valoriza a análise do discurso (delírio do louco) e questionava criticamente a ciência da psiquiatria como única detentora do saber sobre a doença mental, elabora outras referências teóricas para a esquizofrenia.

A Psiquiatria Democrática Italiana também tem início na década de 1960, em um manicômio (Gorizia) com um trabalho organizado por Franco Basaglia nos moldes das Comunidades Terapêuticas, na Itália. Trata-se do movimento que mais se aproximou do modelo atual da psiquiatria. Este apresenta embates com a norma do hospital psiquiátrico. Alegando não poder transformar a assistência aos pacientes, sem reinventar o território das relações entre a cidadania e a justiça. Este movimento foi um

movimento de constante autocrítica, começou-se a perceber que colocar a doença entre parênteses não seria suficiente; seria necessário também, mudar radicalmente o processo que reduz a problemática da loucura em doença mental. Os italianos postulavam a necessidade de um processo em que a loucura pudesse ser redimensionada não para fazer sua apologia, mas para criar condições que permitissem que esse momento de sofrimento existencial e social se modificasse. (BARROS, 1994, p. 53 apud AMARANTE, 1995, p. 46).

Nesta discussão entra em cena uma das questões mais importantes, a desinstitucionalização, que vem para desconstruir a visão da sociedade em relação à loucura. Desconstruir o hospital, superar a Instituição Asilar, não somente com a humanização do hospital ou o tratamento em ambulatorios fora do mesmo, mas também intervir diretamente na cultura da população em relação ao que os indivíduos pensam sobre o louco e todas as questões que o envolvem. Tendo assim como elemento central a cidadania do louco. (AMARANTE, 1995).

A experiência italiana é a precursora do manicômio e do modelo psiquiátrico, e, também, a propulsora dos avanços em saúde mental no mundo.

1.3- A Reforma Psiquiátrica no Brasil

Já no ano de 1967 ocorre a primeira mudança de cunho transformador na saúde mental no Brasil. Inicia-se a ideia de ampliação da rede extra-hospitalar, a

integração da saúde mental nos serviços de saúde pública, tendo em vista, o início do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil que ocorre juntamente com os movimentos sociais que visavam a luta contra a ditadura e a Reforma Sanitária nos anos de 1970, tendo como referências a experiência italiana e o modelo das comunidades terapêuticas, onde se tinha a luta pela equidade dos serviços de saúde, a mudança nos modelos de gestão da saúde, entre outras reivindicações.

A Reforma Psiquiátrica tem importante história de luta, e em seu principal objetivo, protesta contra a violência asilar, faz uma crítica às instituições psiquiátricas. É um processo tanto social como político e muito complexo, que envolve diversos atores sociais, recai sobre diferentes territórios, é o movimento das transformações do saber, da cultura, da prática, dos valores, enfim, revolucionário, uma luta política com ideário de transformação social.

Esse processo da Reforma é marcado por avanços, conflitos e desafios, onde o maior deles era o reforço do trabalho como instrumento de inclusão social dos usuários dos serviços, a construção de um novo lugar social para os “loucos”. (Costa-Rosa & Devera, 2007).

Em 1970 ocorre o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria em São Paulo, onde é reforçada a criação de uma rede de serviço extra-hospitalar. Em 1972 acontece II Congresso Brasileiro de Psiquiatria e então se firmou um acordo que previa a execução de um programa, o de saúde mental no Brasil. Em 1973 é aprovado o Manual para a Assistência Psiquiátrica do Ministério da Assistência Social.

Em 1978 acontece o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições no Rio de Janeiro, que vem acompanhado de uma crise da Dinsam (Divisão Nacional de Saúde Mental- órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsector de saúde mental). Esta crise que fez eclodir o movimento da Reforma Psiquiátrica. Ela ocorreu devido a insatisfação dos médicos que eram ligados a Dinsam, pois estes denunciavam as precárias condições em que viviam os pacientes e os profissionais da saúde que faziam parte do hospital proveniente deste órgão do Ministério da Saúde.

De acordo com Amarante (1995), a crise aconteceu em virtude das precárias condições em que se encontravam as instituições, eram marcadas por violências e climas de ameaças aos profissionais e aos pacientes. A crise recebeu o

apoio do Movimento da Renovação Médica (REME) e do Centro Brasileiro do Estudo da Saúde (CEBES).

O final dos anos de 1970 é o cenário que a Reforma Psiquiátrica ganha maior visibilidade, pois foi após a greve dos médicos pelo movimento Dinsam, que originou a organização do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que passa a assumir os ideais da Reforma Psiquiátrica. Este apontou à falta de recursos na unidade e a consequente precariedade nas condições de trabalho, que são refletidas na assistência prestada a sociedade e sua conexão as políticas, tanto de saúde mental quanto trabalhista nacionais. Além de denunciar a violência dos manicômios e a mercantilização da loucura. Os anos de 1970, conhecido como os anos de chumbo, é o verdadeiro cenário de situações diversas ocorridas no campo da saúde mental.

Os anos de 1980 marcam os avanços ocorridos no modelo da Reforma. Foi uma década importante, pois foi nela que se debateu o modelo asilar e também foi o momento em que se propôs a universalização da saúde de ações mais positivas, tanto no que tange a Reforma Psiquiátrica quanto a Reforma Sanitária, apesar de até meados desta década, prevalecer o modelo hospitalocêntrico. Foi neste período que ocorreram as Conferências Nacionais de Saúde, Congressos de Trabalhadores de Saúde Mental, Encontros, Portarias e o Projeto de Lei de Paulo Delgado, que mais tarde resultará na Lei 10.216 de 2001.

A partir da segunda metade desta década começam as transformações na Saúde Mental. Em 1987 acontece o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru, São Paulo. Congresso este que carregava o tema “Por uma sociedade sem manicômios”, ou seja, uma luta anti-manicomial. E neste mesmo ano ocorria a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro, um projeto de desconstrução do modelo manicomial, a proposta era um padrão diferente do hospitalocêntrico.

É em 1987 que surge o primeiro CAPS no Brasil, uma experiência inovadora, localizado na cidade de São Paulo, que foi denominado “CAPS Luis Cerqueira”. Em 1990 é criado o SUS (Sistema Único de Saúde) formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, que com princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização, hierarquização e integração, firmava uma política de igualdade de serviço a todos

sem distinção, com a capacidade de controle social desempenhado pelos Conselhos Municipais de Saúde.

Em 1989 cria-se um projeto de intervenção referente à Casa de Saúde Anchieta na cidade de Santos, a mesma foi fechada devido à ocorrência de maus-tratos e mortes de seus pacientes. E com isso ocorre a implantação de redes de serviço extra-hospitalares para que pudesse dar suporte aos pacientes que estavam nesta casa de Saúde. Com o fechamento implantam-se CAPS; NAPS (antes eram núcleos de atenção psicossocial, hoje são os CAPS III); cooperativas de trabalho; projeto de cultura, entre outros.

Ainda em 1989, Paulo Delgado, deputado do PT de Minas Gerais, cria um projeto de Lei que mais tarde resultará na Lei 10.216 e dá entrada no Congresso Nacional. Esta lei tem como objetivo a proibição da construção de novos hospitais (manicômios) e leitos psiquiátricos, privilegiando a prestação de tratamento em serviços de base comunitária, além da desativação progressiva dos mesmos e a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não estabelece mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Esta lei provocou uma resistência muito grande e só foi sancionada 12 anos depois, em 2001, porém com a aprovação de um substitutivo do projeto de lei original, com alterações importantes no texto. Foi um projeto relativamente avançado para a realidade vivenciada nesta época. Esta Lei foi o que marcou o início do movimento da reforma psiquiátrica no campo legislativo nacional.

Em 1992 começa a implantação de rede extra-hospitalares, é assinada a Declaração de Caracas e realizado a II Conferência Nacional de Saúde Mental, com isso passou a serem inaugurados os serviços de atenção diária e as primeiras determinações para a fiscalização dos hospitais psiquiátricos. Mas os recursos financeiros (cerca de 93%) do Ministério da Saúde para a Saúde Mental era descontínuo, sendo destinado ainda aos hospitais psiquiátricos.

Ainda em 2001 acontece a III Conferência Nacional de Saúde Mental momento importante, pois ficam estabelecidas propostas de saúde que não existiam antes no Brasil, como o exemplo da rede substitutiva. Foi nesta Conferência que se fez pela primeira vez um grupo de trabalho exclusivo para drogas, ou seja, o que surge no Brasil em termos de política no campo da saúde mental é decorrência da lei 10.216 e da III Conferência Nacional de Saúde Mental.

Em 2002 surge a portaria 336 que regulamenta os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), ela diferencia os CAPS de acordo com a área de abrangência e de população. Os CAPs surgem como serviço estratégico, são serviços de caráter comunitário e aberto a população em sua área territorial, constituído por uma equipe multiprofissional de atendimento as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

Ainda em 2002 ganha impulso, o que havia sido tornado política pública a partir dos anos 90, a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e a desinstitucionalização dos pacientes com histórico de longa internação nestes hospitais. Um dos mecanismos criados foi o PNASH (Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar) que tinha por objetivo a avaliação da internação hospitalar em psiquiatria, pela qual anualmente uma equipe vai até o hospital psiquiátrico e avalia a estrutura hospitalar, entrevista pacientes, etc. através desta avaliação define-se a permanência ou o fechamento da Instituição, sua desvinculação/descredenciamento da política do SUS pelo Ministério da Saúde.

Com relação ao direito ao convívio social e familiar é criado outro mecanismo, mecanismo este que faz parte da estratégia de desinstitucionalização: o “Programa de volta pra casa” regulamentado pela lei 10.708/03 e Portaria GM 2077/03. Se refere a um pagamento mensal de um auxílio-reabilitação onde os pacientes devem ter o histórico de longa internação em hospitais psiquiátricos ou de custódia, além de ter perfil de inclusão em programa municipal de reintegração social. É um dos aparelhos mais efetivos para a reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização. Além de ser uma tática tanto para emancipação do paciente quanto para a desinstitucionalização e a diminuição de leitos. Esse programa é uma consolidação de reivindicações históricas do movimento da história psiquiátrica brasileira.

Se tratando do direito a moradia, outro organismo criado são as Residências Terapêuticas, mecanismo que também faz parte da estratégia de desinstitucionalização, que são regulamentadas pelo Art. 5º da lei 10.216/01, pelas Portarias GM 106/00 e 1220/00, com casas que comportam em média oito moradores. É uma alternativa para abrigar pacientes dos hospitais psiquiátricos que são fechados quando os familiares não podem ficar com eles, ou os que não têm família, pois muitos perdem o vínculo familiar depois de tanto tempo internados. São casas que contam com uma equipe multidisciplinar e de cuidadores sem formação

médica para agenciar a vida do paciente na casa, é uma residência como qualquer outra, como se fosse a casa deles mesmo morando com suas famílias. Justamente para não ter esse vínculo médico, somente quando necessário podem recorrer ao CAPS para suporte ao paciente.

No que tange a educação, esse direito se efetua basicamente de uma rede regular de ensino, tanto por meio da educação especial, quanto do atendimento pedagógico domiciliar ou através de oficinas com o objetivo de alfabetização.

Sobre o direito ao trabalho, este se configura como um direito de reconhecimento da pessoa com transtorno mental, atuando para realizar a capacitação profissional dos pacientes em oficinas terapêuticas, mas também através de outros mecanismos.

Com relação ao direito do benefício de Prestação Continuada (BPC), este foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e é regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei Federal Nº. 8.742, de 07 de dezembro de 1993). Trata-se de um benefício concedido pela assistência social que não é preciso ter contribuído com a previdência social, é individual e intransferível, tem por objetivo o auxílio do pagamento de um salário mínimo mensal, não somente as pessoas com transtornos mentais, mas também idosos com 65 anos ou mais, pessoas com deficiência incapacitante para a vida independente ou para o trabalho que comprovem não ter meios de prover a sua própria manutenção e nem de tê-la provida pela sua família e se estende também a pessoas com doenças graves.

Em 2004 é criado o PRH (Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS). Este programa foca os macros hospitais e os hospitais de grande porte, e objetiva a redução progressiva dos leitos psiquiátricos destes hospitais. Conta com comissões de representantes de saúde mental que destinam recursos aos hospitais que são fechados, para que realoquem os pacientes em redes substitutivas.

Segundo Desviat (1999), o Brasil atentou-se, em um curto espaço de tempo, a sensibilização da sociedade e de seus líderes culturais, políticos e sociais no tocante ao consenso necessário entre os profissionais, acerca de alguns objetivos claros em relação ao tratamento psiquiátrico, que em outros países levou muitos anos.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil tem em seu histórico uma enorme variedade de experiências. Isto se dá em decorrência da sua dimensão territorial,

mas não somente a isto, também devido a grande diversidade social, política, cultural do Brasil. E também a forma de entendimento e percepção da Reforma que é recebida nos diferentes locais do país.

2 - Como surge o CAPS

Para entendermos o surgimento do CAPS é necessário retomar ao contexto. Um ano antes da Constituição de 1988, ou seja, em 1987 ocorreu o Segundo Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru-SP, que assumira o lema: “*Por uma sociedade sem manicômios*”, além de promover várias denúncias contra a política nacional de saúde mental.

Em 1988 foi elaborada a constituição considerada mais completa entre as constituições brasileiras, a Constituição de 1988. Tinha a preocupação com os direitos do cidadão, devido ao período histórico vivenciado anteriormente na ditadura militar, que privava as pessoas de garantias. Esta Constituição apresentou modificações e avanços, entre elas estão o direito ao voto para as pessoas analfabetas; o voto facultativo para os jovens que tem entre 16 e 18 anos; direito a greve; eleições em dois turnos; diminuição da jornada de trabalho semanal; licença maternidade e paternidade, seguro desemprego entre outros.

No Brasil, após a Constituição de 1988, entra em vigor a lei do Sistema único de Saúde – SUS 8080 de 1990, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, que com princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização, hierarquização e integração, firmou uma política de igualdade de serviço a todos sem distinção. Estabelece que a saúde seja direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário a todos, com a capacidade de controle social, desempenhado pelos Conselhos Municipais de Saúde.

A Constituição foi o marco inicial da redemocratização do país, esta pode ser considerada uma vitória no campo dos direitos sociais e políticos, além de ser uma nova etapa do processo que já havia se iniciado nos anos de 1980, no campo da saúde mental, a Reforma Psiquiátrica. O texto da Carta Magna incorporou do Movimento Sanitário o preceito “Saúde é Direito de Todos e Dever do Estado”, que foi o conceito fundante da universalidade do acesso e responsabilidade do Estado, que vieram a constituir o Sistema Único de Saúde, em 1990. (DELGADO, 2011)

O movimento político que originou a Reforma Psiquiátrica iniciou-se com a problematização do modelo manicomial e de sua articulação com o regime militar, já que este modelo funcionava como uma prática de exclusão e de tortura de presos políticos. Outro ponto que marca o início da Reforma foi a denúncia à situação precária e desumana que se encontravam as instituições públicas asilares, mantidas pela Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam).

Porém a participação ativa dos usuários só ocorreu na luta antimanicomial em 1993 em Salvador, através de um projeto de lei que propunha a reconstrução da ordem da assistência psiquiátrica no Brasil. Só a partir de então que os primeiros Conselhos de usuários foram formados e suas reivindicações passaram a entrar em debate nos fóruns de Saúde Mental. (DELGADO, 2011).

Vivia-se uma desordem no financiamento no que tange os recursos destinados pelo governo à saúde mental que eram de apenas 7% empregados em sua manutenção, o restante destes recursos ainda era destinado aos hospitais psiquiátricos. É somente em 2001, por meio da aprovação da Lei Federal 10.216, que fica acordado o redirecionamento da assistência em saúde mental para os serviços de base comunitária e são aprovados financiamentos específicos para os “serviços substitutivos” em saúde mental. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

A Lei 10.216/2001 afirma a cidadania dos pacientes e institui nove direitos básicos, entre eles o da prioridade do tratamento comunitário. Restringe a internação como tratamento, apenas nos casos em que é indispensável.

É importante o destaque para a construção de uma rede de base comunitária, onde o CAPs que será detalhado mais adiante faz parte desta rede que tem fundamental importância na consolidação da Reforma Psiquiátrica. Pois é através destes que se há a possibilidade da organização de uma rede que seja substitutiva aos Hospitais Psiquiátricos no país.

“É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.26).

2.1 – Centro de Atenção Psicossocial - CAPS

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no Brasil, é inaugurado na cidade de São Paulo, é o “CAPS Luís Cerqueira”. Vale aqui destacar

sua experiência em seu projeto inicial, foi elaborado em setembro de 1986, onde em março de 1987 foi inaugurado oficialmente e em junho do mesmo ano já iniciava suas atividades. Trata-se de um CAPs com serviço de assistência, pesquisa e ensino na rede pública de Saúde Mental. (GOLDBERG, 2001).

Para a constituição e implementação do CAPs foram verificados cinco fatores importantes, o primeiro diz respeito aos resultados insatisfatórios observados pela equipe, nos procedimentos adotados pela Psiquiatria. Internações de pacientes em lugares inadequados por longos períodos, atendimento centrado apenas no médico e no remédio, consultas rápidas. Com isso se pensava em outro tipo de saber, contrário ao saber tradicional da Psiquiatria. (GOLDBERG, 2001).

O segundo diz respeito a observação nos cuidados prestados nos hospitais psiquiátricos com relação ao adoecimento mental. O hospital colocava-se como uma instância que garantia um tratamento científico, e com isso o paciente tendia a ser visto como objeto. Isso se percebia então, como uma “ciência psiquiátrica” onde o foco era o sintoma do sujeito e apenas isso, o restante não teria importância. E assim, se configurava um tratamento despersonalizado que não considerava o sujeito e sua singularidade. (GOLDBERG, 2001).

Um terceiro fator são as práticas estereotipadas que faziam parte de todas as profissões que eram ligadas a saúde mental. Por muitas vezes o tratamento não tinha qualquer relação com o usuário. Os casos crônicos praticamente não requeriam ou mobilizavam menos intervenção profissional e os casos de psicose eram tratados apenas à base de remédios e nenhum tipo de tratamento humanizado. (GOLDBERG, 2001).

O quarto fator que foi vivenciado no início da implantação do CAPs, foi a convivência dos profissionais que elaboraram o projeto com os processos burocráticos, administrativos, de planejamento e financeiros na renovação da Saúde Mental em São Paulo, no início da década de 80. Com isso observou-se um dado curioso, os programas de saúde mental não conseguiam a adesão dos pacientes psicóticos e conseqüentemente tornava difícil o acesso e seguimento destes. Então se percebia que o fato não era construir qualquer local físico para o atendimento dos pacientes, apenas, mas sim um lugar onde os pacientes psicóticos possam reconhecer como um ambiente para seu tratamento de referência. (GOLDBERG, 2001).

E o quinto e último fator diz respeito a contribuição de livros, revistas, manuais e relatos. Deste modo os profissionais que eram envolvidos com o projeto do CAPS, puderam ter acesso a esses materiais, com leituras e estudos, já tendo uma base crítica de um novo saber diferente daquele conservador, a renovação da saúde mental. (GOLDBERG, 2001).

Todos esses fatores então direcionavam a organização do CAPS Luiz Cerqueira, que foi o primeiro de muitos CAPs criados ao longo dos anos, uma instituição física, inserida na rede pública, com tratamento dos usuários diariamente com quadro mental grave, articulando as práticas da psicoterapia com as práticas capazes de valorizar a pessoa, o paciente. No decorrer de seu funcionamento, o CAPS passou por modificações, como o exemplo da insatisfação dos profissionais diante do tratamento de pacientes que não avançavam. Com isso renovações, mudanças e reconstruções foram feitas.

Com isso a noção de reabilitação foi surgindo aos poucos no CAPs. Às novas práticas desenvolvidas a partir do processo da reforma psiquiátrica se deu o nome de reabilitação psicossocial, de acordo com PITTA, e representa um conjunto de meios (programas e serviços), que irão facilitar a vida dos pacientes portadores de problemas graves e persistentes de saúde mental. (PITTA, 1996)

A reabilitação psicossocial não visa a cura de uma enfermidade mental, com a eliminação dos seus sintomas. Ela visa a criação de novas possibilidades de vida para o sujeito. É o que se verificava na experiência do CAPs Luiz Cerqueira. Este deve articular práticas que dêem ao usuário a devida noção de sua participação na dinâmica institucional. Isso se exemplifica com as diversas atividades idealizadas para os usuários e pelos mesmos, garantindo a sua participação integral.

A reabilitação psicossocial tem importante função, já que são

ações de fortalecimento de usuários e familiares, mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.9)

Diante da noção de reabilitação psicossocial que não visa a cura da enfermidade, como foi dito, mas sim a criação de novas possibilidades de vida para o sujeito. Pensa-se também no conceito de autonomia, já que a autonomia vai acontecer no momento da vida do sujeito em que este vai requerer menos

dispositivos de assistência do serviço e passar a conviver melhor dentro das suas possibilidades com seu transtorno mental. Com isso dependeria menos da instituição e esta serviria como um local intermediário, um local de referência para o sujeito que atuaria na manutenção e aumento do seu poder contratual.

Após a implantação do primeiro CAPS, em 1987, ocorre o fechamento da Casa de Saúde Anchieta na cidade de Santos em 1989, devido à ocorrência de maus-tratos e mortes de seus pacientes. Assim se fez necessárias instituições que pudessem receber os pacientes que estavam nesta casa de saúde. Neste contexto implantam-se CAPS; NAPS (antes núcleos de atenção psicossocial, atualmente são os CAPS III); cooperativas de trabalho; projeto de cultura, entre outros.

Os CAPS são pontos de atenção estratégicos da RAPS, é um serviço aberto, comunitário que tem em seu quadro uma equipe multiprofissional interdisciplinar e tem por objetivo atender pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, tanto no processo de crise quanto no processo de reabilitação psicossocial. É um serviço de referência e regionalizado que assume um papel estratégico, pois ele organiza a rede de atenção das pessoas com transtornos mentais nos municípios.

Além dos objetivos detalhados, o CAPS também atua dispensando medicamentos, encaminha e acompanha os usuários que moram em residências terapêuticas, oferece suporte e supervisiona a atenção à Saúde Mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família) e PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), articula estratégias dessa rede e da política da saúde mental em um determinado território.

Assim surgem os CAPS, criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92, regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Porém, a sua regulamentação foi atualizada com a portaria da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS instituída pela Portaria GM/MS n. 3.088/2011 e assim integra a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS, ao qual esta portaria identifica e amplifica o funcionamento e a complexidade dos CAPS. Os CAPS trazem como objetivo, dentre os seus específicos, o de substituir o modelo hospitalocêntrico, o modelo asilar, com isso evita as internações e reinternações.

Ele tem como função o acolhimento inicial por demanda espontânea ou referenciada diurno e/ou noturno, atendimento individual, atenção às situações de crise, atendimento em grupo, práticas corporais, expressivas e comunicativas,

atendimento à família, atendimento domiciliar, ações de reabilitação psicossocial onde há ações para o fortalecimento dos usuários e seus familiares, promoção de contratualidade, o acompanhamento dos usuários nos cenários de sua vida cotidiana, ações de articulação de redes intra e intersetoriais e o matriciamento de equipes dos pontos de atenção da atenção básica, urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência. O matriciamento é um

apoio presencial sistemático às equipes que oferte suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental através de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.10)

Além destas, o CAPS ainda tem a estratégia de redução de danos, que é um

conjunto de práticas e ações do campo da saúde e dos direitos humanos realizadas de maneira articulada inter e intra-setorialmente, que busca minimizar danos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ampliar o cuidado e o acesso aos diversos pontos de atenção, incluídos aqueles que não têm relação com o sistema de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 10)

O CAPS também atua no acompanhamento do serviço residencial terapêutico e dá apoio a serviço residencial de caráter transitório, com atenção as pessoas com transtornos mentais, além de beneficiar o exercício da cidadania dos usuários e de suas famílias.

Os CAPS são diferenciados através da Portaria GM/MS n. 3.088/2011 da RAPS de acordo com a abrangência e população, como já mencionado anteriormente, onde os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, comportam regiões com população acima de 15 mil habitantes, sua clientela são pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais graves e persistentes, muitas vezes decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. Conta com uma equipe de em média nove profissionais de nível médio, superior e com formação em saúde mental. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Os CAPS II são dispositivos de médio porte, comportam populações acima de 70 mil habitantes, sua clientela são pessoas com transtornos mentais severos, persistentes. Conta com uma equipe de em média doze profissionais entre eles de nível médio, superior e com formação em saúde mental. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Os CAPS III são os serviços de maior porte, comportam regiões acima de 150 mil habitantes, sua clientela são pessoas que apresentam situações de grande complexidade, incluindo os relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Seu funcionamento é todos os dias da semana, 24 horas por dia e em feriados também, além de ter internações. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Este serviço conta com uma equipe de em média 16 profissionais de nível médio, superior e com formação em saúde mental. Além da equipe mínima, para o período de acolhimento noturno a equipe deve ser composta por 3 técnicos/auxiliares de enfermagem, porém estes devem estar sob a supervisão do enfermeiro do serviço e 1 profissional da área de apoio com nível médio. E com relação a doze horas diurnas nos feriados e nos sábados e domingos, a equipe deve ser composta por 3 técnicos/auxiliares de enfermagem, onde estes devem estar sob a supervisão do enfermeiro do serviço, 1 profissional de nível universitário e 1 profissional de apoio de nível médio. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Os CAPSi são os especializados no atendimento ao público de crianças e adolescentes, geralmente autistas. Com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo também os sofrimentos psíquicos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Comportam regiões acima de 70 mil habitantes. Conta com uma equipe de em média 11 profissionais de nível médio, superior e com formação em saúde mental. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Os CAPSad atende pessoas em todas as faixas etárias e são os especializados para as pessoas que fazem o uso prejudicial, abusivo de álcool, crack e outras drogas, e comportam regiões acima de 150 mil habitantes. Seu funcionamento é de 24 horas, inclusive nos finais de semana e feriados, com acolhimento noturno e conta com uma equipe de em média treze profissionais entre eles de nível médio, superior e com formação em saúde mental. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Os CAPSadIII comportam atendimento a regiões acima de 150 mil habitantes, sendo especializado em adultos, crianças e adolescentes respaldados no Estatuto da Criança e Adolescente que possuem necessidades de um acompanhamento e cuidados clínicos contínuos. Este serviço possui capacidade para no máximo 12 leitos de internação para o monitoramento do paciente. Funcionando 24 horas por dia, incluindo finais de semana e feriados. Conta com

uma equipe mínima de 17 profissionais entre eles de nível médio, superior e com formação em saúde mental. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Se tratando dos períodos de acolhimento noturno a equipe mínima deve então ser composta por mais 2 técnicos de enfermagem estando estes sob supervisão do enfermeiro do serviço, 1 profissional de saúde de nível universitário e 1 profissional de nível fundamental ou médio. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Com relação aos feriados, nos sábados e domingos, no período diurno a equipe mínima será composta de 3 técnicos de enfermagem com supervisão do enfermeiro do serviço, 1 profissional de nível fundamental ou médio e 1 enfermeiro. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

De acordo com a portaria da RAPS, o CAPS é um serviço de atenção psicossocial do SUS, um espaço de cuidado e apoio às pessoas com transtornos mentais, além de ser um espaço social para a produção de projetos de vida aos usuários e de exercício de direitos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Pela portaria da RAPS, o CAPS deve ter recepção compreendida como espaço de acolhimento, salas de atendimento individualizado, salas de atividades coletivas, espaço de convivência, banheiros com chuveiro e com sanitário adaptado para pessoas com deficiência, sala de aplicação de medicamentos (sala de medicação) e Posto de enfermagem, quarto coletivo com acomodações individuais (para Acolhimento Noturno com 02 camas) e banheiro (suítes), quarto de plantão (Sala de repouso profissional), sala administrativa, sala de reunião, almoxarifado, sala para arquivo, refeitório, copa (cozinha), banheiro com vestiário para funcionários, depósito de material de limpeza (DML), rouparia, abrigo de recipientes de resíduos (lixo) e abrigo externo de resíduos sólidos, área externa para embarque e desembarque de ambulância e área externa de convivência. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Um conceito fundamental no campo da atenção psicossocial é o de recepção, que é diferente da triagem em um hospital. A recepção é o acolhimento humanizado, a escuta do usuário pela equipe técnica, que não precisa ser especificamente um profissional com formação no campo da saúde, diferentemente do ato burocrático e administrativo da triagem. Deriva disso a noção de encaminhamento responsável, pois houve uma atenção primordial à demanda daquele usuário que chega ao dispositivo, isso é um progresso que proporciona a articulação entre os serviços.

No acolhimento se procura identificar os sintomas sofridos pelo usuário e a conhecê-lo, saber um pouco da vida dele e seu convívio com amigos, família e a sociedade como um todo. Neste primeiro contato não se faz um diagnóstico de tratamento daquela pessoa, mas sim o perfil da mesma para que ela possa ser tratada. O acolhimento está ligado a uma conversa com a pessoa que procura o CAPS, pois é neste primeiro contato que se dará atenção necessária ao indivíduo e/ou a sua família, para que se sinta a vontade e acolhido em iniciar um tratamento ou para que ele possa voltar ao serviço sabendo que aquele local é sua referência.

A partir do primeiro contato é que se dará uma direção ao usuário, dependendo da demanda da pessoa, analisa e encaminha-se para a Instituição correta, ou elabora-se o Projeto Terapêutico Singular, para que possa dar início ao seu tratamento. O Projeto Terapêutico Singular é o conjunto de ações construídas com direcionamento pela equipe do dispositivo para o tratamento do usuário. É um projeto discutido em reuniões semanais pela equipe e isso permite que ele esteja sempre em construção, é uma atenção singularizada sem a massificação do tratamento, aquele onde todos recebem o mesmo tipo de tratamento.

E então se escolhe um profissional de referência, que será aquela pessoa que atendeu o usuário ou a qual este teve um maior vínculo, que acompanhará no decorrer de sua permanência no CAPS. Este profissional poderá ser qualquer um que componha o corpo da equipe multiprofissional, e será o responsável por estar com o paciente, o auxiliando e participando com ele na sua jornada pelo tratamento sempre que preciso for, sem que tenha que participar diretamente de atividades ao qual o paciente frequenta.

Este profissional dará visibilidade à equipe para a discussão do tratamento e da rotina do usuário. Além disso, quando o usuário precisa ser encaminhado à outra instituição, este profissional de referência juntamente com a equipe se encarrega de seu acompanhamento na ida à instituição até o seu retorno.

Em relação a sua estrutura, os CAPS possuem uma equipe multiprofissional composta por psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, psiquiatras, auxiliares de enfermagem, terapeutas ocupacionais, técnicos administrativos, entre outros. Ainda realizam atividades como as oficinas terapêuticas, psicoterapia individual ou grupal, visitas domiciliares, atividades voltadas para a família do paciente e também comunitárias, etc. Possuem salas e/ou espaços para a realização destas atividades, sala de atendimento individual,

espaços de convivência, refeitório e áreas de recreação para a realização dos esportes ofertados pelo CAPS.

O CAPS fortalece o laço social entre o usuário do serviço e a sociedade como um todo e fortifica esse laço através do acesso ao lazer, ao trabalho e aos seus direitos. Além de ter como função a articulação do dispositivo e de seus usuários com as redes básicas de saúde e da política de saúde mental em todo o território. A articulação com a rede básica (Programa Saúde da Família) permite a intervenção conjunta nos casos entre equipes, juntamente com a família e a comunidade. Esta é uma estratégia que colabora com o direito da pessoa com transtorno mental, a ter acesso ao melhor tratamento no sistema de saúde, onde, de acordo com o parágrafo único da Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, “são direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades...”.

2.2 - Redes de Atenção Psicossocial- RAPS

A RAPS instituiu uma nova regulamentação através da Portaria GM/MS de nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. É financiado pelo Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde. É uma inovação da Reforma Psiquiátrica, pois apresenta um avanço, já que a RAPS está no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS) e vai agir no atendimento e tratamento das pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso do crack, que de pouco tempo para os dias atuais se tornou uma preocupação maior para a saúde pública e devido a suas consequências pelo seu uso, também uma preocupação para a segurança pública.

Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Não somente para o uso de crack, como também o álcool e outras drogas. Essa criação promove o acesso da população à Rede de Saúde com várias modalidades diferentes de tratamento. Isso vai garantir a população usuária uma maior articulação e integração nas redes de saúde do território e assim a pessoa

atendida terá um acolhimento e acompanhamento contínuo de acordo com suas necessidades.

Essa portaria foi criada para cumprir as ações que foram previstas no “Plano Crack, é possível vencer”, que é uma ação dos Ministérios da Saúde, Educação, Combate a fome, Justiça, Assistência Social e Secretaria de Direitos Humanos, e faz parte dela outra série de portarias que propõe a criação, a ampliação e a articulação de variados pontos de atenção a saúde para essas pessoas com sofrimentos e transtornos mentais. Esse plano, na sua concepção, deverá agir na oferta do cuidado a essas pessoas e sua família, assim promoverá a atenção integral, visando reduzir o uso dessas drogas através do tratamento com ações de educação, saúde e informação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Segundo a Portaria da RAPS as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial são:

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial: I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; III - combate a estigmas e preconceitos; IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; VI - diversificação das estratégias de cuidado; VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; XI - promoção de estratégias de educação permanente; e XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. (PORTARIA DA RAPS, 2011)

A RAPS é constituída por alguns serviços articulados que são a atenção básica em saúde, a atenção psicossocial especializada, a atenção de urgência e emergência, a atenção residencial de Caráter transitório, a atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Esses serviços têm a finalidade de melhorar o acesso da população à atenção psicossocial, além de integrar e articular os pontos de atenção a saúde no território. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

E seus principais pontos de atenção são as unidades básicas de saúde, os núcleos de Apoio a Saúde da família, consultórios na rua, centros de convivência,

centros de atenção psicossocial nas suas diferentes modalidades, atenção de urgência e emergência, unidades de acolhimento, serviços de atenção em regime residencial, leitos de saúde mental álcool e outras drogas em hospitais gerais e serviços residenciais terapêuticos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), a RAPS está presente na atenção básica através das modalidades de unidade Básica de Saúde, núcleo de Apoio a Saúde da Família, consultório na Rua, apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e centros de Convivência e Cultura. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Na atenção psicossocial através dos Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes particularidades. Na atenção de urgência e emergência através do Samu192, da sala de estabilização, da UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, unidades básicas de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Na atenção Residencial de Caráter Transitório, a RAPS está presente nas modalidades de unidade de acolhimento e serviço de atenção em regime residencial. Na atenção hospitalar aparece com as enfermarias especializadas em hospitais gerais e serviço hospitalar de referência (SHR) para as pessoas acometidas pelo transtorno mental pelo uso do crack e outras drogas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Na estratégia de desinstitucionalização têm-se os serviços residenciais terapêuticos (SRTs) e programa de volta para casa (PVC). E na estratégia de reabilitação psicossocial estão as modalidades de iniciativas de geração de trabalho e renda, bem como empreendimentos solidários e cooperativas sociais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Além das inovações trazidas pela RAPS na organização, projetos de construção, reforma, ampliação dos serviços, ela também traz inovação nas UA, as unidades de acolhimento já mencionadas. Esta unidade é um ambiente residencial que funciona 24 horas, oferecendo cuidados contínuos de saúde para pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso prejudicial de crack, álcool e outras drogas, para pessoas em situação de vulnerabilidade tanto social e/ou familiar com acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório, podendo ter a permanência máxima de até seis meses dentro do acordo desenvolvido e discutido com o CAPS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

As Unidades de acolhimento podem ser de dois tipos, a de adulto ou infanto-juvenil. Onde a de adulto é para os maiores de dezoito anos que fazem o uso do crack, do álcool e outras drogas. Conta com uma equipe de profissionais de nível universitário e médio, sendo que pelo menos um profissional de nível universitário precisa estar presentes todos os dias da semana e pelo menos 2 de nível médio também precisa estar presente todos os dias. Os profissionais de nível universitário na área da saúde incluem enfermeiro, assistente social, educador físico, terapeuta ocupacional, médico e, psicólogo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A Unidade de acolhimento infanto-juvenil é para as crianças e adolescentes entre dez e dezoito anos incompletos. Conta com uma equipe de profissionais de nível universitário e médio, sendo que pelo menos um profissional de nível universitário precisa estar presente todos os dias da semana e pelo menos 2 de nível médio precisam estar presente todos os dias, e também precisa estar diariamente de sete da manhã às sete da noite um profissional de nível universitário com formação na área de educação. Os profissionais de nível universitário incluem assistente social, enfermeiro, educador físico, psicólogo, médico e terapeuta ocupacional. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

As Unidades de acolhimento, de acordo com a portaria da RAPS, precisam ter em seu espaço sala de acolhimento de usuários, familiares e visitantes (Espaço para atividades, reuniões e visitas), quarto coletivo com acomodações individuais e espaço para guarda de roupas (Quartos de Acolhimento Noturno - com 04 camas cada um), banheiros com chuveiros adaptados para pessoas com deficiência, sala administrativa (Escritório), sala de TV, almoxarifado, refeitório, copa/cozinha, banheiro com vestiário para funcionários, lavanderia, abrigo externo de resíduos sólidos, área externa de convivência, área externa de convivência para embarque e desembarque de ambulância. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

De acordo com dados do Ministério da Saúde, em abril de 2013 havia: 1982 CAPs; 625 Residências Terapêuticas; 4.160 beneficiários do Programa de Volta para Casa; 60 Unidades de Acolhimento, 81 Consultórios na rua e 4.121 leitos em hospitais gerais. Houve uma redução significativa desde o ano de 2002 no que tange o número de leitos em hospitais psiquiátricos, uma redução de 21.435 leitos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Com todas essas fontes de informação sobre a Reforma Psiquiátrica, com a criação dos CAPS, a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, a

superação do modelo asilar, o processo de desinstitucionalização, a nova portaria da RAPS com todas as suas inovações nos serviços, dentre outros aspectos da Reforma, pretende-se fazer uma análise no capítulo seguinte sobre o objetivo do trabalho e verificar o avanço, se alcançado, numa dada instituição do Rio de Janeiro.

3 - ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Neste terceiro capítulo se fará uma análise das entrevistas, feita com os profissionais de saúde mental a respeito do impacto do trabalho da atenção psicossocial na vida dos pacientes atendidos no serviço, além de investigar as dificuldades encontradas pela equipe do mesmo na realização do seu trabalho.

O objetivo é investigar como os profissionais do CAPS Ernesto Nazareth percebem o impacto do trabalho da atenção psicossocial na vida dos pacientes atendidos no serviço, além de investigar as dificuldades encontradas pela equipe do mesmo na realização do seu trabalho.

As entrevistas foram feitas no CAPS Ernesto Nazareth, que tem por área de atendimento, a área programática AP 3.1, localizado na Freguesia, na Ilha do Governador. Trata-se de um CAPS II com atendimento diário durante os cinco dias da semana que funciona no horário de oito da manhã às cinco da tarde. É um CAPS de médio porte, que conta com uma equipe multiprofissional. Este CAPS atende pacientes adultos com transtornos mentais graves e persistentes.

Foram realizadas cinco entrevistas com diferentes profissionais. São eles: terapeuta ocupacional e diretora do CAPS; uma psiquiatra; um enfermeiro; uma psicóloga e um oficineiro. O critério de seleção de entrevistados foram os profissionais diretamente ligados ao atendimento dos pacientes indicados através de uma listagem com os profissionais disponíveis no serviço para a realização das entrevistas.

Essas entrevistas foram realizadas entre abril e maio de 2014. Neste período pôde ser observado o andamento do serviço superficialmente, já que não houve participação por parte do entrevistador nas atividades e atendimentos. Pôde ser vista as instalações, onde ficam armazenados os medicamentos, salas de atendimento e de oficinas, espaço de lazer, entre outros.

Para dar prosseguimento, foram destacados apenas os pontos importantes nas entrevistas, que serão comentados e que serviram de análise para a conclusão do trabalho. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas baseadas num roteiro prévio com os profissionais da equipe.

Na análise das entrevistas alguns temas identificados se destacaram, como o papel das oficinas, efeitos do trabalho na vida do usuário, autonomia e reinserção familiar que fazem parte do processo de trabalho do CAPS, dificuldades do trabalho no CAPS e promoção da cidadania e qualidade de vida.

3.1 Atenção psicossocial e processo de trabalho no CAPS

3.1.1(Pontos destacados): Atividades e oficinas

Quando é perguntado a um entrevistado sobre a finalidade das atividades que são desenvolvidas no CAPS, se destacam pontos positivos:

Ai vai depender de cada atividade, assim a de cuidado pessoal, quem faz essa oficina é a enfermeira, essa oficina é para os pacientes mais crônicos, os pacientes que ficaram muito tempo internados, é sobre o cuidado pessoal, de higiene, de autoestima, aí tem a de leitura eles começam a ler um livro, aí tem essa questão da continuidade do livro, aí tem a auto expressiva que eles se expressam através de desenho, tem uma que é na quarta-feira que eu não me lembro como é o nome, que, poesia! Que eles expressam através da escrita, né, poesia não, é outro nome, não consigo lembrar, tem a de geração de renda que produz coisa para vender e dividir a grana, é uma forma de geração de renda para eles, tem a de futebol que é de atividade física, agente participa de campeonato de futebol com outros serviços a gente até vai ter um campeonato agora na sexta-feira com outros CAPS, o CAPS de Olaria, o CAPS de Irajá é Nise da Silveira, João Ferreira e vamos ganhar, (risos) e é isso. (terapeuta ocupacional)

Esta pergunta da entrevista trouxe um aspecto positivo, já que as atividades e oficinas descritas mostram a interação do paciente uns com os outros, com o próprio corpo nos cuidados pessoais, na sua autoestima, no incentivo a leitura de livros, na sua auto expressão com desenhos feitos por eles, além de poder se expressar também através da escrita.

Outro ponto que se configura como auxílio pessoal para eles em seus gastos diários é a oficina de geração de renda. Assim, eles interagem com pessoas de fora, já que estas comprem seus produtos artesanais, isto para aqueles que conseguem participar dessas oficinas, não estando ligado a aqueles acamados, deficientes visuais e que não saem de casa.

Em uma das entrevistas foi perguntado ao entrevistado se fazia parte do tratamento dos usuários as visitas domiciliares. Ao que o entrevistado responde:

Isso, a gente tem aqui, agora, tem um mês mais ou menos que a gente dispõe de um carro, de uma viatura da prefeitura, mas o carro não é só nosso, duas ou três vezes na semana a gente consegue o carro pra justamente fazer essas visitas, que a gente fazia por nossa conta, a gente ia de ônibus, ia a pé se fosse perto, mas a gente costuma fazer sim, quando o paciente some, abandona o tratamento ou quando é solicitado, ou até o Ministério Público pede alguma avaliação e aí a gente faz visita sim. (enfermeiro)

Pode-se observar que há uma dificuldade no trabalho do CAPS, além de não possuírem um carro próprio do CAPS, apenas dispõem do mesmo duas ou três vezes na semana para a realização das visitas domiciliares. E estas são de extrema importância, já que pela própria fala do entrevistado, é por meio dela que se pode acompanhar o paciente quando este abandona o tratamento não aparecendo mais no CAPS ou até mesmo quando o Ministério Público pede alguma avaliação.

Além desta função, a visita domiciliar também tem papel importante nas famílias dos usuários, pois por meio das visitas os profissionais podem capacitar os familiares do paciente para utilizarem recursos que contribuam para a qualidade de vida do paciente e da própria família. A partir daí a própria família passa a fazer parte do processo de tratamento do usuário. Com essa capacitação a família poderá lidar melhor com os desafios impostos pela condição que o paciente se encontra, e com isso há um melhor entendimento a cerca da condição do usuário e assim passa a evitar algumas situações, como o exemplo de internações recorrentes e segregação.

É confirmada essa importância na fala do entrevistado quando é perguntado em que casos essas visitas domiciliares são feitas? Ele responde:

Ou é falta ou o paciente abandona o tratamento, de repente some, ou às vezes a solicitação da família ou a família liga pra gente e diz que o paciente não quer sair de casa ou tem avaliação do Ministério Público, tem paciente aqui que a gente vai fazer visita porque houve alguma denúncia de algum vizinho ou de algum parente, ou aquele paciente não tá bem, tá sofrendo maus tratos, aí o Ministério Público solicita a gente, que a gente vá avaliar esse paciente em casa. Ou então quando o paciente está doente também, às vezes o paciente tem alguma doença que não pode andar que não pode vir ao CAPS, aí a gente vai lá. Porque tem muitos pacientes graves que não saem de casa, ou não sai porque ele não se sente bem em sair ou porque não tem como sair, não anda, é, geralmente, é por isso, porque não anda, tem alguns pacientes que são cegos também, então fica difícil, a família não tem condições de pagar um táxi para trazer, por dificuldade mesmo, não podem pegar ônibus, aí tem que vir de táxi ou carro particular. (enfermeiro).

Através desta fala mostra-se os problemas decorrentes do subfinanciamento do sistema de saúde no repasse da verba nas três esferas de governo, no que tange o meio de transporte para a equipe do CAPS. Não só para

ela, mas também a precária condição de um trabalhador que precisa ter condições de pegar um táxi para levar seu familiar para o tratamento, e quando estes familiares são empregados, pois alguns não trabalham, essa é a realidade dos usuários e seus familiares.

Como pedidos de avaliação no domicílio do paciente são feitos pelo Ministério Público, se a equipe nem possui um carro fixo para as demandas da instituição? Como os pacientes cegos, os que não andam ou os com os transtornos mentais mais graves que não querem sair de casa, podem continuar no tratamento, ou precisam de um atendimento diário ou até mesmo uma demanda espontânea em um determinado dia, já que não dispõem de um carro, de um salário que comporte suas necessidades?

Nem todos os pacientes do CAPS são pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos, não estão inclusos no Programa de Volta para Casa, portanto não recebem o auxílio-reabilitação, do qual o programa tem por objetivo contribuir no processo de inserção social das pessoas com longa história de internação em hospitais psiquiátricos e faz isso através do auxílio reabilitação, no valor mensal de R\$ 412,00 (valor reajustado através da portaria Nº 1.511 de 24 de julho de 2013). Anteriormente este valor era de R\$ 240,00 que fora instituído pela Lei Nº 10.708, de 31 de julho de 2003.

E também tem pacientes que não possuem nenhum tipo de benefício, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), concedido pela Assistência Social, ou até mesmo benefícios previdenciários. Assim não possuindo condições de realização do tratamento quando estes estão incapacitados mentalmente e fisicamente como o caso dos pacientes a exemplo dos deficientes visuais e os que são acamados ou apenas os incapacitados mentalmente a exemplo dos que não querem mais sair de casa por variados motivos.

3.2 – (pontos destacados): efeitos na vida do usuário, ligados à autonomia e reinserção familiar.

Quando é perguntado ao entrevistado como se percebe o trabalho feito pelo CAPS com relação aos efeitos na vida dos pacientes destes serviços. Tem-se como resposta:

Menos internação, um pouco mais de autonomia...diminuição do sofrimento...é muito ruim a gente não ter um lugar de referência, um ponto de referência e eu acho que o CAPS dá essa referência para o paciente, traz essa segurança, é ruim a gente achar que não tem com quem contar na vida e eu acho que eles percebem que eles têm com quem contar, a gente às vezes nega pra poder dar o limite, mas quando a coisa aperta mesmo a gente acolhe sempre. Isso é o grande diferencial, assim, de um CAPS. (psiquiatra)

Fala de outro entrevistado:

Assim tem paciente aqui que quando entrou no CAPS a vida dele era dentro de um manicômio e hoje a gente vê esse cliente sem internação nenhuma, a gente vê esse usuário conseguindo ir pra casa sozinho, vir para o CAPS sozinho coisa que não conseguia antes de forma nenhuma, conseguir pegar um ônibus, isso é muito legal porque antes era uma dependência muito grande do outro e agora não, outra coisa bem legal era que antes tinha alguns casos de um descrédito muito grande da família, assim de a família não aceitar nem sentar na mesma mesa que o usuário que achava que o usuário não comia direito, comia babando e agora esse usuário já senta na mesa com a família e isso é bem legal é que hoje já consegue sair de casa com a família, isso é bem interessante, já ser reconhecido como parte da família, a gente tem cliente aqui que antes não conseguia fazer nada na vida e hoje já está inserido no mercado de trabalho informal isso é bem interessante. Tem gente também que a gente começou a atender e ele era institucionalizado no abrigo Stella Maris e a gente conseguiu tirar do abrigo Stella Maris e morar sozinha numa casinha e tá conseguindo sustentar isso é bem legal. Agora mesmo a gente tem uma que a gente tá tirando do abrigo, na sexta-feira passada foi o chá de panela dela, as coisas dela estão até na sala dos técnicos, que ela ainda não levou para a casinha dela e ela vai sair do abrigo e vai morar na casinha dela e a gente tá acompanhando ela e sabe que vai ser muito difícil, mas a gente tá conseguindo fazer isso. É assim, é uma vitória e tanto, ela já tá quase dois anos no abrigo e é assim, uma paciente super grave e é legal isso. (terapeuta ocupacional)

Outra fala de outro entrevistado:

...alguns pacientes melhoram muito rápido, geralmente quando são mais novos, é quando tem um apoio familiar estruturado, a gente tem paciente que tá trabalhando normalmente que não trabalhava antes e que agora trabalha, eu acho que é isso, a gente tentar... voltar a vida como era exatamente eu acho que não, é mais difícil, a gente aqui trabalha pacientes graves, mas assim conseguem estar na vida, conseguem andar sozinho, trabalhar, ganhar dinheiro, se manter de alguma forma, entendeu?...Até tem paciente que chegava aqui se batendo, se auto-agredindo, se flagelando e fica duas semanas e não faz mais isso. Se esse paciente tiver em crise e entra aqui em crise, fala sozinho, fica agitado, rapidamente melhora assim né, se tomar a medicação direitinho com trabalho de terapia, das oficinas. Tem paciente aqui que não toma medicação, a gente consegue manter com o trabalho das oficinas, por exemplo, entendeu? Assim conseguem melhorar e assim os que melhoram, melhoram rápido, é difícil ficar muito tempo...(psicóloga)

Um dos efeitos destacados pela fala dos profissionais é quando o trabalho contribui para a produção da autonomia dos pacientes. Na fala se percebe que antes do tratamento o paciente tinha muita dependência do outro. Porém a assistência fornecida pelo CAPS possibilita essa noção de autonomia, já que com o

serviço o paciente pode ficar menos dependente e passar a conviver melhor, dentro das suas possibilidades com seu transtorno mental.

Com relação aos efeitos ocorridos na vida do paciente tratado no CAPS é destacado que ocorre a redução das internações, o que é ponto positivo, pois o CAPS é um serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos e não complementar, observando-se assim que seu propósito deste modo é cumprido. Citam-se exemplos de pacientes com longo histórico de internação nestes hospitais, que conseguem ter uma vida independente, claro com certos cuidados e continuidade de tratamentos que antes não tinham.

Outro efeito dito foi a visão do paciente com relação ao CAPS, o tendo como um lugar de referência. É preciso que o usuário tenha esta visão, já que através do acolhimento diferenciado do serviço, ele dará início a seu tratamento e é lá que o paciente irá se desenvolver em consonância com o resto da comunidade, no seu bairro, na sua cidade, nos lugares que o CAPS desempenha atividades fora da instituição. Dali se dará, em certos casos, o ponto de partida para uma nova vida, o melhor conhecimento acerca de tudo que diz respeito a vida da pessoa, que por muitas vezes antes era segregada, e que a partir do CAPS pode ter um relacionamento melhor e maior, além de mais independente, o usuário passa a frequentar escolas, hospitais, comunidade, áreas de lazer entre outros.

Outro efeito diz respeito a reinserção familiar, quando se observa a questão de que o usuário não era bem aceito pela família, por exemplo, que não poderia sentar na mesma mesa que o usuário, pois este babava para comer, e que agora depois do tratamento iniciado para suas demandas específicas, a família já se senta a mesma mesa, além de considera-lo como parte integrante da mesma. Esta é uma questão tradicional, do senso comum, em que ainda prevalece para certos indivíduos, a questão da imagem da loucura e o não entendimento das consequências que o transtorno mental do familiar pode gerar.

Além do puro preconceito consciente, ainda tem a falta do saber sobre o assunto transtorno mental, ainda se houve mitos demoníacos, possuídos, como foi dito no primeiro capítulo, na Idade Antiga e Idade Média como possessões demoníacas e bruxarias, durante muito tempo houve essa interpretação religiosa do fenômeno da loucura e que é notório permanecendo ainda hoje em certas culturas, em alguns setores do discurso popular, onde questões antigas que se valiam para explicar a doença mental ainda quando esta não tinha sua realidade estudada e

explicada em fóruns, assembleias, cursos de graduação entre outros. Falta uma educação que contenha esse conceito, já que não se ouve e não se sabe sequer ouvir falar sobre o transtorno mental quando o indivíduo não tem uma profissão ligada ao tema, ou a serviços de saúde ou até mesmo quem não tem familiares e/ou pessoas próximas que tenham transtornos mentais para que um determinado profissional, quando este conhecido é tratado, explique para a pessoa o que acontece com o tal indivíduo e isso quando a pessoa tem a sorte de se tornar usuário de um serviço de saúde mental.

Nesta discussão está presente o conceito de desinstitucionalização, que envolve também uma intervenção na cultura, na formação de novas gerações de profissionais, não somente com a humanização do hospital, com a superação da instituição asilar, mas também na cultura diretamente ligada a percepção social que se tem da loucura. Aqui a discussão não é somente ter como solução a abertura de mais serviços substitutivos, mas sim desconstruir a visão que está presente na sociedade sobre o louco e todas as questões que o envolvem.

E também temos a evolução no tratamento no que tange aos medicamentos, muitos nem tomam medicação, apenas fazem a parte do tratamento que envolve oficinas e outras modalidades, que se tornam suficiente para aqueles determinados pacientes, além de ter os usuários que evoluem e depois de um tempo se tratando não precisa mais do medicamento ou então de algumas outras atividades que antes eram necessárias.

3.3 – dificuldades do trabalho no CAPS

Quando é perguntado se o entrevistado percebe dificuldades no trabalho do CAPS em qualquer aspecto que seja temos respostas tais como

A gente percebe, assim, a gente tem muita falta de recurso, falta de material, as coisas são muito difíceis, a gente não tem tudo que a gente precisa, é, a gente tem que tá se virando muito, tem muita coisa que seria necessário e que a gente não tem, tipo material para a oficina, é material para usuário mesmo e que a gente acaba não fazendo ou tendo que se virar, fazer vaquinha para poder conseguir, é muito difícil, isso é uma murchada de bola.(terapeuta ocupacional)

E se perguntado como o entrevistado faria ou proporia esta melhora é respondido:

Primeiro acho que a gente poderia fazer algumas reformas na casa estrutural, a gente ter um fundo rotativo pra gente poder ter grana pra gente

suprir as necessidades diárias do serviço, a gente poder ter material de oficina e com mais fatura, a gente não tem, é a gente ter um número de profissionais maior, porque a equipe é muito pequena, se a gente tivesse isso tudo já ia facilitar um bocado a nossa vida.

Fala de outro entrevistado:

Aumentar a equipe não depende de mim...eu acho que as coisas já estão sendo pensadas, a gente tem um CAPSad que é na área, a gente não tinha e foi inaugurado no mês passado, é lá em Bonsucesso, é, então hoje a gente já tem como referenciar esses pacientes melhor, eu acho que as coisas estão sendo pensadas em termo de estrutura da rede mesmo, de atenção psicossocial, mas aqui na Ilha por exemplo, não tem CAPSi né, infantil não tem, é, não tem CAPS III, então assim, é, mas isso é questão de política, assim, eu acho que as coisas estão acontecendo aqui no serviço em si.. é, número de funcionários que eu acho pequena...acho que a primeira coisa é aumentar a equipe (psicóloga)

Como se pode perceber há dificuldades no serviço do CAPS. São numeradas algumas delas, a falta de recurso financeiro, por exemplo, os impede de ter a verba para fazer reparos estruturais e cotidianos, além das demandas diárias necessária, como ter material para as oficinas. Se é através das oficinas (fora medicamentos, visitas domiciliares, etc) que se pode oferecer uma modalidade diferenciada de tratamento e falta tal material, como oferecer um tratamento completo e inovador que é a proposta do serviço substitutivo CAPS, se falta alguns instrumentos para realizá-los?

Quando perguntado sobre uma proposta de melhora, de imediato focam a questão do número pequeno de profissionais, que se configura como um problema de menor urgência do serviço, nas questões de ter mais profissionais que atendam os pacientes, ou que se tivesse um número maior a equipe não precisaria sair para visitas domiciliares e faltar determinados profissionais na instituição para atendimento dos usuários que precisam ou que chegam no CAPS.

De acordo com o Ministério da Saúde tanto na portaria 336 quanto na portaria que institui a nova regulamentação dos CAPS, que é a portaria da RAPS GM/MS n. 3.088/2011, os CAPS possuem uma equipe composta de um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior entre eles (psicólogos, assistentes sociais, terapeuta ocupacional, enfermeiro, pedagogo ou outro profissional que seja necessário para o projeto

terapêutico) e seis profissionais de nível médio (técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico educacional, técnico de administrativo e artesão). Assim a equipe, pela demanda do número pequeno de profissionais, sendo o caso poderia ser revista e se for necessário como demonstra, ser reajustada na portaria do CAPS um número maior de profissionais.

Além disso, é levantada a questão de que não tem CAPSi e nem CAPS III na Ilha do Governador, há CAPSIII e CAPSi na área programática AP 3.1 mas não são localizados na Ilha, então se vê a dificuldade, pois se chega a demanda, não se pode realizar o tratamento no CAPS Ernesto Nazareth por se tratar de um CAPS II.

Se a demanda é grande, se é verificado o perfil socioeconômico da tal pessoa que precisaria deste tipo de atendimento específico de um CAPS III e CAPSi, que é justamente uma das dificuldades relatadas, então a equipe deveria se portar dos recursos necessários para as autoridades indicadas a este tipo de posicionamento, para que pudessem rever a questão de ter outras modalidades de CAPS, de acordo com a demanda que se observa na localidade da Ilha do Governador.

Deste modo, fica claro a insuficiência dos serviços em relação a densidade populacional da Ilha do Governador. Por muitas vezes essa insuficiência vai gerar sobrecarga nos outros serviços de saúde que são os que ficam responsáveis por atender este grupo que não tem lugar para ser tratado, pelas questões que já foram mencionadas (difícil acesso, questão financeira, e etc), ocorrendo a falha no atendimento destas pessoas e das pessoas que não fazem parte deste grupo, sobrecarregando os serviços de saúde, resultando na precariedade no atendimento de toda a população. Apenas existe um CAPS para toda demanda da Ilha do Governador, que por ser CAPS II só atende adultos e não é 24 horas.

3.4 –(Ponto destacado): promoção da cidadania e qualidade de vida

Quando se é perguntado se a promoção da cidadania e da qualidade de vida acontece no serviço do CAPS, se é respondido:

Acontece sim, tanto que a gente tem esse empenho em estar mostrando pra eles com as próprias assembleias, a gente fala pra eles, o que aparece

muito nas assembleias é assuntos relacionados a reclamações sobre o banheiro, é sempre um assunto...a assembleia não é só um lugar de reclamações, reclamações também, mas trazer outras novidades, estar mostrando para eles que existem outras coisas também fora do CAPS, não só dentro do CAPS, a gente trabalha um pouco isso, existe a qualidade de vida e cidadania sim, dentro e fora das atividades que a gente tenta oferecer pra eles, curso da FAETEC, também a gente faz inscrição para alguns, tem aqueles que tem capacidade para tal, outros não, escola, tem dois nossos que estão se alfabetizando agora, não sabem nem fazer o nome direito, mas tão chegando lá, eu acredito, que sim. (terapeuta ocupacional).

Em relação à pergunta que corresponde ao objetivo principal do trabalho, quanto à promoção da cidadania e qualidade de vida, verifica-se através das falas que ocorre esta promoção. É dito que há melhora na qualidade de vida através das variadas formas que fazem parte do tratamento. Há o espaço para se pronunciarem e debater sobre questões cotidianas e pautadas até mesmo do espaço da instituição ao qual estão ligados, isso acontece nas assembleias, expõem suas próprias ideias, há debates sobre festas e atividades, oficinas, além da própria independência em artesanatos, que fazem parte da oficina de geração de renda, que será para benefício próprio dos usuários, já que o dinheiro que é pago pelas suas artes são divididos e revertidos aos próprios usuários.

Ainda há as ida a museus, cinemas, a volta do estudo, alguns se alfabetizando, frequentando lugares antes não frequentados acompanhados ou individualmente fora do tratamento, tudo isso faz parte de uma qualidade de vida e da autonomia adquirida pelo paciente, depois de ingressar ao CAPS e da inicio a seu tratamento.

É perceptível através das falas a promoção da cidadania e qualidade de vida, tanto dentro quanto fora do CAPS. Fica claro também os exemplos mencionados da independência que certos usuários conseguem durante o tratamento, de ingressar no mercado de trabalho, alguns que nunca trabalharam ou que já trabalharam, mas pararam por conta do transtorno mental.

Outro exemplo mencionado é a questão da usuária que era institucionalizada no abrigo Stella Maris e que com o tratamento oferecido no CAPS conseguiu independência suficiente, porém continuando com o tratamento, conquistando sua casa. Isto é um avanço muito significativo, pois é da essência do ser humano almejar a independência, que possa construir sua vida, sua casa própria, e aqueles que optam por viver só ou em família também precisam de certa independência para dar continuidade a sua vida.

Já que o CAPS deve ser um serviço substitutivo, um lugar de referência do cuidado, com atendimento diferenciado, promotor da qualidade de vida e que tem como missão garantir o exercício da cidadania e tornar o paciente envolvido nos variados acontecimentos e nos diferentes locais da vida cotidiana antes não exercidos ou frequentados por eles, há no estudo elaborado a verificação do cumprimento dessas questões.

Falando sobre a independência do usuário do serviço, se volta a discussão da autonomia. Essa discussão vai perpassar pelo conceito do usuário poder construir, por meio da assistência dos CAPS, uma certa independência por requerer, devido sua evolução no tratamento, menos dispositivos assistenciais do próprio serviço.

Mas a autonomia para os pacientes da saúde mental são diferenciadas, devido às limitações de cada usuário, a autonomia possível para cada sujeito, pois a autonomia de um pode ser a autonomia que o outro nunca irá alcançar. Isso irá depender de usuário para usuário. A questão fundamental aqui é dar ao paciente total suporte assistencial para que ele seja mais independentemente possível, consiga alcançar sua cidadania possível, qualidade de vida, autonomia e tudo que ele precisa.

Ainda há a precariedade do serviço, pelas dificuldades mencionadas nos exemplos relatados. Falta de integrantes a mais na equipe, problemas estruturais da instituição, falta de recursos financeiros e materiais, problemas relacionados a rede de saúde pública, com a falta de outros CAPS e serviços de saúde superlotados e a questão financeira também dos usuários, entre outras dificuldades.

Porém, além de todo problema verificado, percebe-se o compromisso da equipe do CAPS em realizar suas funções de acordo com a proposta da Instituição, a verificação dos efeitos na vida dos usuários, a autonomia, independência, qualidade de vida, avanço na vida dos usuários através do tratamento, esforço da equipe em questões financeiras como relatados por eles (através de “vaquinhas” para compra de materiais) e nas mais variadas formas de tentar solucionar problemas imediatos, a não desistência através das dificuldades encontradas, como o caso do carro para as visitas domiciliares que aconteciam antes através de ônibus e/ou através da caminhada, para seguir o tratamento do paciente entre outros.

O que é verificado é que os serviços estratégicos em saúde mental, os CAPS, que visam garantir o atendimento de qualidade a pessoas em transtornos mentais, próximo do local onde elas vivem, apenas conseguem atender os que demandam cuidados que no Ernesto Nazareth em conjunto com a rede pode tratar. Mas não é verificado a outra parte da demanda, os que precisam do tratamento diferenciado do CAPS, mas que não se enquadram no perfil do mesmo, aqui do CAPS em estudo. A exemplo de precisar ser atendida uma demanda que o CAPSII em estudo, não é especializado, uma demanda para CAPSIII, CAPSi.

Considerações Finais

Se o CAPS é um serviço inovador com todo conceito ele traz, então é preciso, com toda demanda que ocorre, que haja mais serviços dele na região a exemplo da Ilha do Governador. Se são feitos estudos ou até mesmo através de dados colhidos pelo Ministério da Saúde, que cada vez mais aumenta a demanda populacional por este tipo de serviço, é necessário então elaborar novos projetos a cerca do assunto e considerar a criação de novos serviços (CAPS), além de fazer o investimento financeiro no mesmo sem problemas quanto ao repasse pelas três esferas do governo e em toda a rede de saúde, como a exemplo, a estratégia de saúde da família ao qual o CAPS trabalha articulado, já que investir na atenção primária é fundamental, pois lá é a porta de entrada para todos os casos complexos.

Apesar do usuário ter como referência o CAPS, e como já mencionado, isto é um ponto positivo, ocorre que o CAPS não pode se tornar a única referência de vida dos usuários, a tal ponto que os usuários não se sintam capazes de continuar a viver sua vida quando recebem a alta. A preocupação é que a antiga “institucionalização do paciente psiquiátrico” não retorne em uma nova roupagem.

Uma das questões mais importantes configura-se na noção do usuário em se perceber como parte da sociedade, são muitas vezes segregados, não excluídos da sociedade, pois vivem nela, mas afastados de tal forma que eles próprios sem conhecimento muitas vezes de seus direitos e deveres na sociedade, acaba por se ver como um louco, um pobre coitado que é vítima da circunstancia em que vive. Quando não há um tratamento qualificado em que o usuário não tem a chance de se entender enquanto parte integrante da sociedade e sujeito de direitos, portanto cidadão, a tendência é realmente cada vez mais essa segregação acontecer e a conformação de ser louco, imposto pelo senso comum, imperar.

Com relação a questão da autonomia, é preciso cada vez mais investir na promoção da qualidade de vida do sujeito em tratamento, para que este possa cada vez menos depender dos serviços assistenciais, conseguindo avançar no cuidado com sua própria vida dentro de suas limitações individuais, e continuando assim com o tratamento que mais for preciso para este determinado sujeito.

É preciso ainda investir na desconstrução da percepção social da loucura. Se é verdade que desde as épocas mais antigas muita discussão acerca do

assunto já foi superado mas nem todos os segmentos da sociedade possuem determinada educação para o entendimento real da saúde mental, não possuem arcabouço teórico sobre a questão da loucura.

Como já foi dito a desinstitucionalização acontece com o intuito de dar uma nova visibilidade ao conceito da loucura, quer desconstruir esta visão do senso comum, com a humanização do hospital, com a superação do modelo asilar, mas também intervindo diretamente na cultura da população em relação ao que se pensa sobre o louco, buscando como respaldo central a noção de cidadania da pessoa com transtorno mental.

O movimento de reforma psiquiátrica contribui muito para todo o processo de inovação na saúde mental. Mas ainda há que ter melhoras tanto no campo da saúde mental quanto nas demais questões que a envolvem. Questões diretamente ligadas, com o exemplo dos seus serviços (com melhoras das próprias instituições em vários aspectos), mas também as questões indiretas, como o exemplo do repasse da verba que por muitas vezes não chegam até os serviços, precisa-se ter um controle maior nas três esferas de governo até que se chegue corretamente todo o material e verba necessários para que o serviço de saúde mental como um todo possa funcionar de acordo com o que fica declarado na lei da saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, P. (Coord.) **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.143p.
- AMARANTE, P. D. de C., 1994. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz2007, 2011. 120 p.
- BEZERRA, Benilton. A clínica e a reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec , 1996. p. 137-142
- BRASIL. Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Assistência psiquiátrica na Previdência Social**. Brasília, DF, 1975.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA GM/MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para**

Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

- CAPLAN, G. (1980). **Princípios de Psiquiatria Preventiva**. Rio de Janeiro: Ed. Zahar.
- COSTA-ROSA, A.da. et al. **Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma em Saúde Mental Coletiva**. In: AMARANTE, P.(Org.) *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003.
- DESVIAT, Manoel. **A Reforma Psiquiátrica**; tradução de Vera Ribeiro; revisão técnica de Paulo Amarante, Rio de Janeiro; editora FIOCRUZ, 1999, Coleção Loucura & Civilização, 167 p.
- FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica** (1961). 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.
- GOLDBERG J. **Reabilitação como processo: o centro de atenção psicossocial - CAPS**. In: Pitta A, organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 2001. p.33-47.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria /GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde *Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5ª ed. ampl. – Brasília; 2004.*
- Pacheco, J. G. (2005). **Cultura e loucura: a história de uma experiência**. Mestrado em Psicologia Social, Universidade de Brasília, Brasília. 275p.
- PESSOTTI, Isaias. **O século dos manicômios**. São Paulo: Editora 34, 1996. 300p.
- PITTA, Ana Maria Fernandes. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 19-26.

- RAMOS & GEREMIAS, **O Instituto Philippe Pinel: origens históricas.** Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. 2007. Disponível em: <www.sms.rio.rj.gov.br/pinel/media/pinel_origens.pdf>. Acesso em 18 de março. 2014.
- VALLE, Arthur. O Ciclo de Pinturas de Guttman Bicho no CAPS Ernesto Nazareth - Ilha do Governador/RJ. [19&20](#), Rio de Janeiro, v. II, n. 1, jan. 2007. Disponível em: <http://www.dezenovevinte.net/arte%20decorativa/ad_gb_caps.htm>. Acesso em: 10 julho. 2015
- YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros : desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.** Rio de Janeiro: 2006. 208p. Tese (Doutorado em Ciências na área da Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.